



Aalborg Universitet

AALBORG UNIVERSITY
DENMARK

Introduktion til sundhedsøkonomi

Bilag til tredje møde i det midlertidige udvalg vedr screeningsundersøgelser

Ehlers, Lars Holger

Publication date:
2009

Document Version
Også kaldet Forlagets PDF

[Link to publication from Aalborg University](#)

Citation for published version (APA):

Ehlers, L. H., (2009). *Introduktion til sundhedsøkonomi: Bilag til tredje møde i det midlertidige udvalg vedr screeningsundersøgelser*, Nr. 1-00-14-08, 3 s.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal -

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at vbn@aub.aau.dk providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Introduktion til sundhedsøkonomi

Hvad er sundhedsøkonomi?

Sundhedsøkonomi er en internationalt anerkendt videnskab, som er vokset frem siden slutningen af 60'erne og begyndelsen af 70'erne. Det var oprindeligt en teoretisk fagdisciplin udsprunget af velfærdsteori, men er over årene blevet mere praktisk orienteret i takt med de stigende økonomiske problemer på sundhedsområdet.

Sundhedsøkonomi kan defineres som studiet af, hvorledes mennesker og organisationer vælger at bruge knappe ressourcer, og hvilke sundhedsmæssige konsekvenser dette har. Overordnet set kan man opdele sundhedsøkonomisk forskning i to grene.

To grene af sundhedsøkonomisk forskning

Den ene gren – også kaldet sundhedsøkonomisk evaluering – handler om, hvordan samfundet får mest mulig sundhed for pengene. Det er ofte denne gren, man i daglig tale forbinder med ordet sundhedsøkonomi. En sundhedsøkonomisk evaluering er en komparativ analyse af to eller flere alternative behandlingsformer, hvor man både opgør forskelle i sundhedsmæssige gevinster og ressourceforbrug. De mest kendte eksempler er cost-benefit analyser, cost-effectiveness analyser og cost-utility analyser¹. I en cost-benefit analyse opgøres både gevinster (benefit) og ressourceforbrug (costs) i økonomiske tal, således at man umiddelbart kan se, om gevinsterne overstiger omkostningerne. I en cost-effectiveness analyse beregner man prisen for at redde et menneskeliv eller vinde et ekstra leveår. I en cost-utility analyse udregner man gevinsterne i form af vundne QALY det vil sige kvalitetsjusterede leveår (Quality Adjusted Life-Years). Begrebet QALY kan opfattes som et forsøg på at definere et universelt mål for sundhedsgevinst af patientrelaterede ydelser inden for sundhedsområdet. Ideen med at udregne QALY er således, at man kan sammenligne hjerteoperationer, rehabilitering, psykoterapi, rygestopkampagner m.m. med hinanden og se, hvor samfundet i princippet opnår mest sundhed (fleste QALY) for pengene. Disse typer af analyser er det primære fokus i denne præsentation.

Den anden gren af sundhedsøkonomi handler mere bredt om at bruge økonomisk teori og metode til at analysere sundhedsvæsenet. Eksempler herpå er studier af sundhedspolitiske reformers virkning eller mangel på samme, forklaringer på ulighed i sundhed, og beskrivende analyser af hvilke sygdomme der koster mest at behandle.

Økonomisk evaluering af screeningsprogrammer

I henhold til WHO's kriterier for screeningsprogrammer fra 1968 skal omkostningerne ved sygdomsopsporing (herunder diagnostik og behandling af patienter) stå i rimeligt forhold til sundhedsvæsenets samlede udgifter. Dette krav er formuleret på et så tidligt tidspunkt, hvor metoderne for sundhedsøkonomisk evaluering ikke har været særligt udviklede. I Sundhedsstyrelsens supplerende kriterier fra 1990 og 1999 anbefales direkte en sundhedsøkonomisk evaluering i form af en cost-benefit, cost-effectiveness og/eller cost-utility analyse.

MTV rapporter om screeningsprogrammer indeholder derfor også en sundhedsøkonomisk evaluering. Det skal bemærkes, at disse analyser ofte er meget

¹ Cost-effectiveness analyser og cost-utility analyser kaldes med et ord også for omkostningseffektivitetsanalyser.

komplekse. Der er tale om omkostninger på kort sigt med en forventet effekt langt ude i fremtiden i form af noget, man tror, ellers ville have kommet. Samtidig vil screeningen også kunne tilvejebringe information til borgeren, som også kan have en værdi, hvilket typisk vil særlige krav til metode (eksempelvis "willingness to pay"), ligesom der kan være andre utilsigtede negative konsekvenser end økonomiske omkostninger.

Modvilje og fordomme mod sundhedsøkonomi

I praksis er sundhedsøkonomi ikke for alvor slået an i alle lande. I USA har der således traditionelt været stor modvilje mod at bruge økonomiske argumenter som grundlag for at vælge/fravælge, hvilke ydelser der skal indgå i forsikringsselskabernes dækning (fx Medicare eller Medicaid). Omvendt i England, hvor sundhedsøkonomisk evaluering bruges systematisk af National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) i nationale beslutninger. Her bruger man en vedtaget beslutningsregel, at en pris på mindre end 20.000£ (svarende til ca 200.000 kr.) per vundet QALY betragtes som omkostningseffektivt, hvorimod en pris over dette (og i særlig grad over 30.000£ (ca. 300.000 kr.) per QALY) som udgangspunkt ikke er omkostningseffektivt, og derfor kræver andre tunge ikke-økonomiske argumenter (fx stærke etiske argumenter for at indføre et tilbud). I Danmark benyttes sundhedsøkonomisk evaluering til godkendelse af lægemidler samt i MTV-analyser. Endvidere er det vigtigt at bemærke, at der udgives et stigende antal sundhedsøkonomiske evalueringer i videnskabelige tidsskrifter, som har en indirekte indflydelse på holdninger og prioriteringer i dagligdagen.

Kritikken af sundhedsøkonomi stammer blandt andet fra etikere, som (formentlig med rette) stiller spørgsmålstejn ved, om man kan sætte penge på menneskeliv og livskvalitet. Det er tvivlsomt, i hvilken udstrækning man kan sige, at der findes et universelt begreb 'kvalitetsjusteret leveår', som gælder for alle mennesker. Endvidere er sundhedsøkonomi blevet kritiseret for at være en normativ disciplin, der handler om hvordan samfundet *bør* træffe beslutninger, men som slet ikke forklarer (eller tager højde for), hvordan beslutninger i organisationer reelt bliver til.

En vigtig læring fra denne kritik er, at sundhedsøkonomisk evaluering ikke skal bruges rigtigt (dvs med resultatet af en cost-effectiveness analyse som beslutningskriterium). I staten Oregon i USA forsøgte man i begyndelsen af 90'erne dette, men måtte hurtigt gå fra det igen. Sundhedsøkonomisk evaluering skal, trods sine mulige svagheder, dog ikke umiddelbart afvises.

Hvorfor kan sundhedsøkonomisk evaluering være relevant?

Sundhedsøkonomi er med til at bringe fokus på at få *sundhed* for pengene. Med et udtryk fra direktør Leif Vestergård (fra Dagens Medicin 30. jan. 2009) er vores sundhedssystem på vej mod amerikanske tilstande med fokus på at få så mange sundhedsydelser som muligt. Al vores fokus på DRG-afregning, ventelister og ventetid i sygehusvæsenet (læs produktivitet) gør, at vi glemmer at fokusere på, om det overhovedet er de rigtige ydelser, sundhedsvæsenet leverer (læs omkostningseffektive ydelser). Sundhedsøkonomi handler om at flytte dette fokus.

Sundhedsøkonomi er med til at bringe fokus på prioritering. Debatten på sundhedsområdet i dag "snyder" – den fortæller ikke, at vi rent faktisk prioriterer hele tiden. Vi har en diskurs, som ikke anerkender, at vi ikke har råd til at give alle patienter den bedst mulige behandling. Kun få ting kommer imidlertid frem i pressen, muligvis fordi det, med vores demokratiske system, kan være meget vanskeligt at sige nej offentligt. Der vil altid være en stor risiko for at få pressen og interesseorganisationerne på nakken. Et aktuelt eksempel er Avastin-sagen, hvor

blandt andet kræftlæger fra Århus Sygehus offentligt kritiserede beslutningstagerne for, at der tilsyneladende ikke er råd til at indføre Avastin som standardbehandling.

Endelig kan sundhedsøkonomi være med til at bringe fokus på en retfærdig fordeling inden for sundhedsområdet. Er medicineringsfejl på sygehusene og i plejesektoren i virkeligheden udtryk for en (ned)prioritering af simple arbejdsopgaver til fordel for ny dyr medicin? Er det høje antal hospitalsinfektioner et udtryk for (ned)prioritering? Hvor meget gik besparelserne i Region Midtjylland ud over patienterne? Og blev nogle grupper mere overset end andre? Sundhedsøkonomi repræsenterer en alternativ måde at tænke over de fordelingsmæssige konsekvenser af både eksplicitte og implicitte prioriteringer og handlinger i dagligdagen.

Fremtidens sundhedsvæsen?

sundhedssektoren spiller en stigende rolle i alle moderne samfund. Sundhedsområdet får større og større bevågenhed i takt med at den generelle velstand hos befolkningen vokser og livsstilsrelaterede sygdommes hyppighed øges. Samtidig kommer der hele tiden nye og forbedrede behandlingsmuligheder.

Samtidig spiller økonomi på godt og ondt også en stigende rolle i dansk sundhedspolitik på alle niveauer. Spørgsmål om virkning og effekter af forebyggelse og behandling følges i dag naturligt op af spørgsmål som 'Hvad koster det?' og 'Kan det betale sig?'

Skal man altid anvende den nyeste og oftest dyreste behandling? Hvordan skal sundhedssektoren indrettes? Dvs. hvordan skal fordelingen være mellem de almindelige læger, speciallæger, skadestuer og hospitaler og de behandlinger, de hver især foretager? Hvordan skal afregningen være til de enkelte led i sundhedssektoren? Hvilken betydning har brugerbetaling for efterspørgslen efter sundhedsydelser og for sundhedstilstanden? Hvor mange penge skal der bruges på et område som forebyggelse i forhold til sygehusbehandling?

Sundhedsøkonomi beskæftiger sig med disse spørgsmål og udgør dermed et væsentligt element i den sundhedspolitiske debat.